

## Tatort Allergie: allergische Rhinitis, Asthma und Anaphylaxie

Rund um allergische Rhinitis (AR), Asthma und Anaphylaxie ging es auf einem Fachsymposium des Unternehmens Meda, das im Rahmen des Deutschen Allergiekongress im Oktober 2017 stattgefunden hat: Asthma und AR treten häufig zusammen auf: 40% der AR-Patienten leiden auch an Asthma und umgekehrt 80% der Asthmatiker an AR bei steigender AR-Prävalenz [Clin Exp Allergy 2017; <https://doi.org/10.1111/cea.12963>]. Dieser enge Zusammenhang zwischen AR und Asthma lässt sich sowohl mit anatomischen als auch mit (patho-)physiologischen Gemeinsamkeiten erklären, so Prof. Dr. Phillippe Stock, Hamburg. Als Basistherapeutikum zur Symptomkontrolle werden bei beiden Erkrankungen Glukokortikoide eingesetzt. Zur schnellen Symptomlinderung haben sich bei Asthma Beta-2-Mimetika durchgesetzt, bei der AR sind dies Antihistaminika.

Ein weiteres Thema des Symposiums waren Anaphylaxien. „Schwere Anaphylaxien, auch die mit tödlichem Ausgang, sind häufiger als oftmals angenommen und das mit steigender Inzidenz, insbesondere, was die Nahrungsmittelanaphylaxie angeht“, warnte Prof. Dr. Dr. Johannes Ring, München. Ent-

scheidend sei es, dass bei den ersten sicheren Anaphylaxieanzeichen sofort Adrenalin verabreicht werde. Bei der Verordnung eines Adrenalin-Autoinjektor (AAI) gilt es zu beachten, dass es verschiedene Modelle gibt, die sich in ihrer Anwendung unterscheiden. Der Patient muss in der Bedienung eines Modells geschult werden. „Dazu den Anaphylaxie-Risikopatienten am besten eine Anaphylaxieschulung nach AGATE-Richtlinien empfehlen“, riet Ring. In Deutschland sind derzeit drei verschiedene AAI zugelassen. So zum Beispiel der Fastjekt Junior®, der einzige AAI, der bei Kindern von 7,5 kg bis 25 kg Körpergewicht zugelassen ist. Bei der Verordnung sollte der Arzt dann unbedingt das Autidem-Feld auf dem Rezeptvordruck ankreuzen und auch bei der Nachverordnung darauf achten, stets das gleiche AAI-Modell zu verordnen, in dessen Anwendung der Patient geschult wurde.

Bei der saisonalen AR gilt es seit Oktober 2016 zu beachten, dass ein Großteil der nasalen Glukokortikoide (nGKS) aus der Verordnungs- und damit aus der Erstattungspflicht gefallen ist. Dennoch lässt sich auch weiterhin eine leitliniengerechte Therapie durchführen, zum Beispiel mit dem Nasenspray



© Martina Rädlein / picture alliance

**40% der Patienten mit allergischer Rhinitis leiden auch an Asthma. 80% der Asthmatiker haben eine allergische Rhinitis.**

Dymista®, das eine Kombination aus dem Antihistaminikum Azelastinhydrochlorid und dem nGKS Fluticasonpropionat ist. Es lindert die nasalen und okularen AR-Symptome und ist dabei effektiver im Vergleich zu den Einzelwirkstoffen [u. a. Allergy Asthma Proc 2015;36:40–7].

Nach Informationen von Meda

## Spezifische Immuntherapie: neue Packungsgröße für bessere Compliance

Eine spezifische Immuntherapie (SIT) erfolgt in der Regel über einen Zeitraum von etwa drei Jahren. Um den administrati-

ven Aufwand für die langfristige perenniale Therapie zu verringern, hat das Unternehmen Allergopharma die neue Packungsgröße AB+B für seine zwei SIT-Hauptprodukte eingeführt – eine Flasche der Stärke A und zwei Flaschen der Stärke B (A+B+B). Die neue Packung der zwei hochdosierten SIT-Präparate (Allergoide) für die Hyposensibilisierung gegen Hausstaubmilben und Pollen enthält künftig eine zusätzliche Flasche für die Fortsetzungsbehandlung und verlängert damit den Zeitraum bis zur nächsten Folgeverordnung. Damit kann der Patient ab Beginn der Therapie deutlich

**Neue Packungsgröße = längere SIT = bessere Compliance**

länger behandelt werden als bisher. Das kann die Compliance der Patienten von Anfang an fördern und die Therapietreue für mindestens ein Jahr (bei einem durchschnittlichen Spritzenintervall von sechs Wochen in der Fortsetzungstherapie) unterstützen.

Eine langwährende Durchführung der SIT erhöht die Chancen, die allergische Reaktion dauerhaft abzumildern oder sogar vollständig zu verhindern. Auch wenn sich der Therapieerfolg häufig schon im ersten Behandlungsjahr zeigt, empfehlen die Leitlinien die Therapie weiter zu führen. Drei Jahre Therapietreue erhöhen die Chancen für den Patient auf eine beschwerdearme Zukunft [Jutel M et al. J Allergy Clin Immunol 2015;136:556–68 / Roberts G et al. Allergy 2017;00:1–33].

Nach Informationen von Allergopharma



© Gina Sanders / stock.adobe.com